

# Schreckgespenst Onkologievereinbarung

Die Onkologievereinbarung gefährdet die flächendeckende Krebsversorgung und wird in der jetzigen Form Praxisstellen kosten

Franz-Günter Runkel

**Die Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen wird in den onkologisch spezialisierten urologischen Praxen eine Krise auslösen, wenn die Novellierung scheitert.**

Es war ein cleverer Schachzug, der den Hämatonkologen offenbar gelungen ist. Viele Spuren der bundesweiten „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung von krebskranken Patienten“ gemäß Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen führen ins Lager der onkologischen Internisten. Für Dr. Götz Geiges, Vorsitzender des Interessenverbands zur Qualitätssicherung der Arbeit niedergelassener Uroonkologen in Deutschland (IQUO), ist die Sache klar: „Es drängt sich die Vermutung auf, dass die Neuausrichtung der onkologischen Internisten von wirtschaftlichen Interessen mitbestimmt wird.“

Für BDU-Präsident Dr. Martin Bloch überschattet die Onkologiekrise ausgerechnet das Jahr seiner Wiederwahl. Kein anderes Problem hat ihn in seiner ersten Amtszeit so sehr in Atem gehalten wie die sogenannte Onkologievereinbarung. Immerhin ist es ihm gelungen, den KBV-Honorarexperten Dr. Bernhard Rochell ins Boot zu holen. „Die KBV will bereits im Sommer mit einer Überprüfung der Onkologievereinbarung beginnen. Das Ziel ist es, eine neue Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2011 zu etablieren.“ Das Problem liegt woanders: Die Krankenkassen haben im Grunde gar keinen Anlass, die für sie sehr sparsame Onkologie-Lösung so einfach ad acta zu legen.

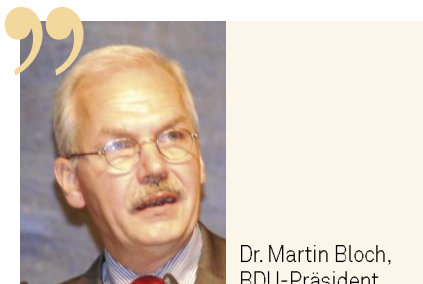
## Schwierige Gespräche mit den Kassen

Bloch und die KBV würden gern an der bewährten Unterteilung in kleine und große Onkologie festhalten. „Die Kran-

kenkassen sagen bis jetzt gar nichts dazu. Das wird sehr schwierig“, meint Bloch. Das Perfide an der Onkologievereinbarung ist, dass sie die Urologen nicht aus der Pflicht zur Behandlung entlässt. Es gibt nur keinen Zuschlag mehr für besondere Qualität. Das übliche Regelleistungsvolumen von zum Beispiel 21,- € pro Patient und Quartal muss für die gesamte onkologische Versorgung reichen. Mit der alten Regelung gab es Qualitätszuschüsse von 20,- bis 30,- € pro Fall.

Die Konsequenzen sind für den BDU-Präsidenten klar: „Das ist eine Katastrophe. Wir haben fast 100.000 onkologische Neuerkrankungen in der Urologie pro Jahr. Wer soll diese denn abarbeiten, wenn nicht der Urologe? Wenn die Onkologie-Versorgung für den Urologen flachfällt, muss er bei durchschnittlicher uroonkologischer Teilnahme mindestens eine 20-Stunden-Kraft in seiner Praxis entlassen.“

Die Lage wird noch komplizierter, weil die Onkologievereinbarung zwar flächendeckend eingeführt wurde oder wird, aber in keiner einzigen Kassenärztlichen Vereinigung in der Original-



Dr. Martin Bloch, BDU-Präsident

Die KBV wird im Sommer prü-

fassung. Besonders schwierig ist die Situation in Hamburg, wo der regionale Ersatzkassenverband als Hardliner auftritt und den Urologen das Leben besonders schwer macht.

In anderen KV-Bereichen ist die Situation dadurch gekennzeichnet, dass diverse Ausnahmen größerer oder kleinerer Natur einen Wust an unterschiedlichen Regelungen schaffen, der die uroonkologische Versorgung sehr erschwert. In Bayern wurden hauptsächlich die Fallzahlen verändert. In Sachsen und Thüringen wurde die alte Vereinbarung einfach so beibehalten.

## Ein §73c-Vertrag wäre ein Coup

Eine Lösung könnte in einer neuen Vereinbarung mit einer Krankenkasse liegen. „Wenn es uns gelänge, eine Kasse als Partner für einen §73c-Vertrag zu finden, würde das gewaltige Kreise ziehen. Eine eigene Leitlinie für die Uro-Onkologie wäre sehr attraktiv, weil man da eine Pharmako-Vereinbarung daranhängen kann“, regt Bloch an.

Die Alternative ist für IQUO-Chef Dr. Götz Geiges bedrückend: „Wenn das so kommt, ist die wohnortnahe, ambulante und qualifizierte Versorgung uroonkologischer Patienten nicht mehr gewährleistet.“ Aus der massiven Kritik an der Onkologievereinbarung erwachsen für Geiges klare Forderungen:

1) „Der Urologe ist integraler Bestandteil der Versorgung von Patienten mit uro-onkologischen Krankheitsbildern, denn: Urologische Tumoren sind funktionelle Tumoren.“ Das werde in der Onkologievereinbarung völlig ignoriert und müsse berücksichtigt werden, so Geiges. „Ein Urologe braucht einen Hämatonkologen als Kooperationspartner, wenn ein Patient Blut braucht oder Komplikationen hat. Wer einen urologischen Tumor behandelt, muss einen Urologen als Kooperationspartner vorweisen. Der Urologe selbst, ein Onkologe, ein Strahlentherapeut sowie eine Klinikanbindung oder Kooperati-

onsmodelle müssen mit im Team sein, um die funktionellen urologischen Tumoren multimodal und mit der entsprechenden Expertise behandeln zu können.“

2) „Die vom Urologen durchgeführte Hormontherapie muss für ihn weiterhin möglich sein. Daher müssen die Versorgungsebenen noch einmal diskutiert

”



Dr. Götz Geiges,  
IQUO-Vorsitzender

**Moderne Therapieschemata sind nicht mehr intravenös.**

“

werden.“ Eine sinnvolle Differenzierung zwischen großer und kleiner Urologie müsse in die Vereinbarung integriert werden. Man könne es als die Implementierung von Versorgungsebenen bezeichnen.

3) „Die modernen und neuen Therapien sind häufig nicht mehr intravenös (I.V.), sondern es sind orale Medikationen.“

4) „Es gibt keine Nachsorge und auch keine Nachsorgeebene.“ Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine aufwändige kostenintensive Primärtherapie durch fehlende Nachsorge in ihrem Erfolg beeinträchtigt wird.

### Anonymisierte Fließbandarbeit

Der Interessenverband zur Qualitätssicherung der Arbeit niedergelassener Uroonkologen in Deutschland e.V. vertritt 198 spezialisierte Urologen. „Durch ein kurzsichtiges und durchschaubares Manöver von Politik und Krankenkassen solle ein funktionierendes Versorgungssystem aufgelöst werden und durch ein neues, nicht kalkulierbares und nicht finanzierbares System ersetzt werden. Die individuelle, qualifizierte und wohnortnahe Versorgung von Menschen, die an uro-

logischen Tumoren erkrankt sind, muss auch in Zukunft gewährleistet werden können“, fordert Geiges.

Die heutige uroonkologische Versorgung sei preiswert und flächendeckend. Mit der neuen Onkologievereinbarung komme nun eine zentralistisch organisierte Versorgung, die anonymisierte Fließbandarbeit an die Stelle individueller Betreuung stelle. Die Intention einer preiswerten, flächendeckenden und qualifizierten Versorgung Krebskranker werde in der Onkologievereinbarung konterkariert. Eine neue Regelung sollte nicht der Versuchung nachgeben, dem Maßstab der Mindestzahlen zu folgen, für die es im Übrigen keine evidenzbasierten Daten gibt.

Auch dem Pressesprecher des Aktionsbündnisses Urologie, Dr. Tom Henschel, lässt die Onkologievereinbarung keine Ruhe. Völlig an der bestehenden Behandlungsrealität vorbei werde die Vereinbarung schon bald in Bayern umgesetzt. „Tatsächlich konzentriert sich die Vereinbarung nur auf die fachlichen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine aggressive Chemotherapie, wie sie typischerweise von den wenigen onkologisch spezialisierten Internisten durchgeführt wird“, so Henschel.

Dabei werde völlig ignoriert, dass der überwiegende Teil der Krebspatienten gar keine Chemotherapie benötige.

”



Dr. Tom Henschel,  
ABU-Pressesprecher

**Die meisten Patienten brauchen gar keine Chemotherapie.**

“

Eine wohnortnahe, umfassende und qualifizierte Versorgung werde bisher durch Urologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte etc. sichergestellt. Ab jetzt werde

Der IQUO e.V. wurde im Januar 2008 als Interessenverband von 17 Gründungsmitgliedern in Berlin ins Leben gerufen. Derzeit sind deutschlandweit 195 hoch spezialisierte niedergelassene onkologisch tätige Urologen aus 164 Praxen Mitglied.

Um diesem Ziel gerecht zu werden, fördert der IQUO e.V. die Qualitätssicherung, die Fort- und Weiterbildung und den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch der Mitglieder.

Zur Sicherung der Qualität wurde ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt. Die Teilnahme daran ist für Mitglieder verpflichtend.

Der IQUO e.V. kooperiert mit wissenschaftlichen Organisationen bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien und Fortbildungsveranstaltungen.

es schwierig, gesetzlich versicherte Krebspatienten auf dem gewohnt hohen Niveau zu behandeln.

„Krebspatienten werden Anfahrtswege von teilweise über 100 Kilometern in Kauf nehmen müssen, um in ein Zentrum zu gelangen, das die Zulassung für medikamentöse Tumortherapie hat. Den dortigen Spezialisten für intravenöse Chemotherapie wird die Zeit fehlen, sich in der Masse der onkologischen Patienten um die wirklich schwierigen Fälle zu kümmern“, meint Henschel.

Praxen und Tumorzentren, die eine Zulassung nach der neuen Onkologievereinbarung besitzen, seien dadurch keineswegs in der Lage, angemessene Diagnostik durchzuführen und adäquate Therapieentscheidungen zu treffen. Ein onkologisch tätiger Internist könne zum Beispiel weder Prostatabiopsien bei Prostatakarzinomen noch Zystoskopien bei Blasen-tumoren durchführen, noch besitzt er die Kenntnisse, um über die Fortführung einer Hormontherapie zu entscheiden.